

# Wenn Semantik zum praktischen Problem wird: Divergierende Schmerzkonzepte von Ärztin und Patientin in der psychosomatischen Exploration<sup>1</sup>

Arnulf Deppermann

## Zusammenfassung

Probleme der Semantik von Prädikaten psychischen Erlebens werden seit langem in Linguistik, Psychologie, Medizin und Sprachphilosophie diskutiert, sind aber bisher nur selten zum Gegenstand einer Untersuchung anhand authentischer Kommunikation über psychisches Erleben geworden. Anhand des Anamnesegesprächs Frau Trecker wird untersucht, welche Konzeptualisierung von Schmerzen Ärztin und Patientin kommunikativ realisieren. Dabei zeigt sich, daß die Ärztin Schmerzen als isolierbare Größen psychischen Empfindungserlebens exploriert, während die Patientin Schmerzen als kontextbezogen-praxisrelevante Phänomene, die sich in beobachtbaren Konsequenzen zeigen, darstellt. Die Studie zeigt, wie diese diskrepanten Semantiken von Schmerz zu Verständigungsproblemen führen und diskutiert sie im Zusammenhang medizinisch-professioneller Diagnosepraktiken und -ziele einerseits und der Selbstdarstellung von Frau Trecker als Patientin andererseits. Abschließend werden die methodischen Strategien, die in diesem Fall zur Rekonstruktion der kommunikativ zum Ausdruck gebrachten Semantiken von Schmerzen verwendet wurden, resümiert.

## Schlüsselwörter

Semantik, Schmerz, Arzt-Patient-Interaktion, Psychosomatik, Konversationsanalyse

## Summary

### Semantic problems in practice: divergent concepts of 'pain' in doctor-patient-interaction

In linguistics, psychology, philosophy of language and the medical science, there is a long-standing tradition of studying problems of the semantics of predicates for inner experience. There are only very few studies, however, which inquired into how participants in everyday conversation use such predicates and thereby display an understanding of their semantics. In this paper, it is analyzed how doctor and patient conceptualize pain (Schmerzen) in the anamnestic interview Frau Trecker. It shows that the doctor conceives of pain as phenomena of inner experience which can be isolated as a distinct object and can be described according to different qualitative and quantitative dimensions. The patient, however, describes pain as contextualized phenomena which are observable by practical conce-

---

1 Ich danke Gabriele Lucius-Hoene für Diskussionen und Kommentare zu einer früheren Fassung dieses Texts.

quences in everyday situations. The study shows how these semantic discrepancies cause conversational incoherence and problems of mutual understanding. The divergent semantics of pain are further contextualized with respect to professional practices of medical diagnosis and with regard to the self-presentation of the patient as patient. The paper concludes with a summary of the methodical procedures which were used in order to reconstruct the interactively displayed semantics of pain in the anamnestic interview.

## Keywords

Semantics, pain, doctor-patient-interaction, conversation analysis, psychosomatics

Für Wittgenstein (1984, v. a. §§ 253–315 und 403–411) war Schmerz der Paradefall der Probleme der Bedeutung mentaler Prädikate. Was er problematisierte, wird hier im Folgenden vorausgesetzt: Dass die sprachliche Darstellung Zugang zum Erleben und zur Erfahrung des anderen eröffne. Was für Wittgenstein dagegen weitgehend klar zu sein schien, welche Grammatik – bei ihm zu verstehen als: semantisch relevanter Gebrauch (vgl. etwa Wittgenstein 1984, § 293) – nämlich der Ausdruck *Schmerz* hat, erweist sich bei der Analyse authentischer Kommunikation keineswegs als klar: Wie Schmerz zu beschreiben ist, ist weder trivial noch intersubjektiv eindeutig und unstrittig. Dies soll in diesem Beitrag anhand eines psychosomatischen Anamnesegesprächs gezeigt werden. Der Beitrag konzentriert sich auf die Fragestellung: Wie wird Schmerz im Reden repräsentiert? Dabei interessieren im Beispielfall Frau Trecker die (unterschiedlichen) kommunikativen Konzeptualisierungen von Schmerz durch Ärztin und Patientin und ihr Zusammenhang mit den kommunikativen Aktivitäten und der Formulierungsdynamik der Interaktanten. Im einzelnen geht es um:

- Schmerzkonzepte: Wie werden Schmerzen von Ärztin (1.) und Patientin (2.) sprachlich repräsentiert?
- Interaktionsstruktur: Wie schlagen sich die Divergenzen der Schmerzkonzepte in der Mikroskopie und in der Makroskopie der Interaktionsorganisation nieder (3.)?
- Formulierungsdynamik: Wie beeinflussen sie die Fokus- und Kohärenzentwicklung der Gesprächsbeiträge?

Abschließend werden die methodischen Strategien, welche zur Rekonstruktion der Schmerzkonzepte und ihrer interaktionsorganisatorischen Konstitution angewandt wurden, zusammengefaßt (4.).

Eine erste Ahnung potentieller Divergenzen der Schmerzkonzepte gewinnt man bereits zu Beginn von Frau Treckers Schmerzanamnese. Die Ärztin fordert zur Beschwerdenschilderung auf (ab 4 ff.)<sup>2</sup> und fragt, wo es der Patient

2 Alle in Klammern angegebenen Zahlen beziehen sich auf die Zeilenzählung des in diesem Heft abgedruckten Teiltranskripts des Anamnesegesprächs. Zitate, die aus späteren, nicht abgedruckten Gesprächspassagen stammen, werden ohne Angaben von Zeilennummern zitiert.

tin am meisten weh tut (26). Sie zielt auf die Bildung einer Rangreihe ab, offenbar, um dann systematisch Schmerzen nach absteigender Intensität zu explorieren.

Die Patientin nennt nacheinander vier Schmerzorte (Kreuz, Hände, Hüfte, Füße; 29–31). Sie nennt keine Schmerzqualitäten und keine Intensitätsdifferenzen, auch der Schmerzort wird nur sehr global charakterisiert. Sie gibt dann eine Erklärung für Fußschmerzen aufgrund einer Zehenverwachsung, verweist auf einen Arztbericht, den sie dabei hat, und auf die Hypothese des Arztes, Lähmungen in der Familie seien eventuell nervlich bedingt. Sie gibt die Information, daß sie einen Klumpfuß hat, und beschreibt, daß Schmerzen entstehen, wenn sie ihre orthopädischen Schuhe anzieht. Die Schmerzqualität bezeichnet sie als „dann tut mir das unsagbar weh, & das *STICHT* und das *KLOPFT*,“ (63 f.).

An dieser Stelle (65 ff.) setzt die Ärztin mit einer ergebnissichernden Rephasierung (Gülich u. Kotschi 1996) ein („*STICHT* und *klopft*“) und stellt eine Klärungsfrage („im *RECHTn*, nur oder in *BEIdn*,“). Beides, die Ergebnissicherung und die Klärungsfrage, zeigt eine klare Relevanzmarkierung.

Bereits in dieser Eingangssequenz deuten sich Probleme an, die den weiteren Verlauf der Schmerzanamnese durchgängig prägen werden:

- Die Patientin kommt der Darstellungsaufgabe nicht hinreichend nach. In diesem Falle: Sie bringt die Schmerzen nicht in eine Rangreihe nach ihrer Schmerzintensität.
- Die Patientin hält den referentiellen Fokus (Schmerzort) nicht.
- Die Patientin ist generell bei der Schilderung der anamnestisch interessanten Parameter sehr unpräzise und lückenhaft.

Diese Feststellungen sind aus einer Defizitperspektive formuliert, die von den Relevanzen der ärztlichen Fragen ausgeht. Aber was ist die Ordnung der Patientin? Hat sie eine (andere)?

Bevor ich eine Antwort auf diese Frage versuche, will ich zunächst die kommunikativen Aktivitäten der Ärztin und die in ihnen zum Ausdruck kommende Schmerzkonzeption untersuchen. Anschließend wird die Konzeption der Patientin rekonstruiert.

## 1. Das Schmerzkonzzept der Ärztin

### 1.1 Das Handlungsprofil der Ärztin

Das Schmerzkonzzept der Ärztin kommt in ihren kommunikativen Handlungen zum Ausdruck. Natürlich kann aus ihnen nicht auf die Gesamtheit des ärztlichen Schmerzkonzepthes geschlossen werden, wie es für die Ärztin im Rahmen

ihrer diagnostischen und therapeutischen Überlegungen relevant sein mag. Aufgrund der strikt materialgestützten Vorgehensweise der Gesprächsanalyse kann lediglich rekonstruiert werden, welche Aspekte die Ärztin als kommunikativ relevant in die Interaktion einbringt und welche Aspekte der Darstellungen der Patientin sie in der Interaktion behandelt. Schmerz ist für nahezu alle Äußerungen der Ärztin der Redegegenstand. In ihren unterschiedlichen Handlungen thematisiert sie folgende Schmerzaspekte.

- *Fragen/Darstellungsaufforderungen* betreffen die Rangreihe der Schmerzen (27, 83 f.), Schmerzqualität (102, 193–195, 291 f., 366), Schmerzintensität (304), Schmerzsituation (359 f., 391 f.), familiäre Schmerzbelastung („*hatte die mUtter' früher so was*“), Schmerzhäufigkeit („*WIE oft ist es denn jEtzt*“). Die Trennung zwischen Qualität und Lokalisation betrifft nur den Fragefokus: Wird etwas über einen Ort präzisiert oder über eine Empfindung? Beides gehört natürlich zusammen i. S. von „An Ort A hat der Schmerz die Qualität B (in Intensität C)“.
- *Ergebnissicherungen* von Darstellungen der Patientin nehmen genau die Aspekte des von der Patientin geschilderten Schmerzerlebens auf, nach denen die Ärztin zuvor fragte bzw. die Teile des diagnostischen Frageschemas (s. u.) sind. Andere Aspekte von Frau Treckers Darstellungen werden in den Ergebnissicherungen der Ärztin nicht festgehalten. Ergebnissicherungen sind besonders interessant, weil sie besonders prominente, selektive Relevanzmarkierungen sind: Sie halten dasjenige fest, was als Resultat der Interaktion prozesstranszendenten Bestand haben soll. Implizit lassen sie damit auch erkennen, was als irrelevant gilt. Da sie außerdem meistens nicht nur in Rephrasierungen, sondern in Reformulierungen bestehen (zur Unterscheidung s. Gülich u. Kotschi 1996), haben sie einen interpretativen Charakter, aus dem sich schließen läßt, in Bezug auf welchen kategorialen Interpretationsrahmen die Äußerungen der Patientin von der Ärztin verarbeitet werden. In einigen Fällen gehen die Ergebnissicherungen über eine Reformulierung der Patientinnendarstellung hinaus und werden deutlich als hypothetische Inferenzen markiert (II,60 „*und sie sind dann auch lichtempfindlich*“ – „*dann auch*“ markiert die Aktivität des Inferierens). Im einzelnen werden Ergebnisse gesichert bezüglich Schmerzqualität (65, 134–142, 188–194, 277 f., 311 f.), Schmerzlokalisierung (94 f., 135), Schmerzsituation (361).
- *Klärungsfragen* beziehen sich auf genau die Aspekte des Schmerzerlebens, nach denen gefragt wurde bzw. die Teil des diagnostischen Frageschemas sind. Klärungsfragen fordern die Patientin zu weiterer Explikation auf und indizieren damit mangelnde Präzision der zu klärenden Darstellung. Dies ist nicht wertend gemeint: Mit Klärungsfragen wird gezeigt, daß eine Darstellung diagnostisch relevante Informationen berührt, für deren diagnostische Verwertbarkeit jedoch zusätzliche Informationen zu geben sind oder eine differenziertere Darstellung der gegebenen Informationen erforderlich ist. Dies kann in Form von Explikationsaufforderungen geschehen (102, 117, 291 f.), oder die potentiell klärenden Kategorisierungen werden von der Ärztin selbst in Form von Alternativfragen vorgegeben (65/67, 83–85). Damit

wird die diagnostische Verwertbarkeit der Information bereits durch das Frageformat sicher gestellt. Klärungsfragen beziehen sich auf die Schmerzlokalisierung (65/67, 282/284), die Rangreihe der Schmerzen (83–85), Schmerzqualität (103), Schmerzursache (177) und Schmerzintensität (282/284).

- *Refokussierungen* (vgl. Kallmeyer 1978) zeigen, daß ein Thema als noch nicht abgeschlossen bzw. als bislang unzulänglich bearbeitet erachtet wird. Sie fordern zu Expansionen dieses Themas auf. Implizit und oftmals auch explizit ist mit der Refokussierung eine Zurückstufung der Relevanz des zuletzt von der Patientin bearbeiteten Themas verbunden. Refokussierungen fungieren damit sequentiell als Verfahren des Fokuswechsels (bzw. der Fokusexpansion) und gleichzeitig konzeptuell oft als Verfahren der Fokusgewichtung. Konsistent mit den vorangegangenen Befunden betreffen Refokussierungen ausschließlich schmerzdiagnostische Kategorien, nämlich Schmerzqualität (199 f., 254 f.), erstes Auftreten von Schmerz und die Schmerzlokalisierung.
- *Irrelevanzmarkierungen* schließlich beziehen sich darauf, daß die Patientin über Schmerz Aspekte spricht, welche handlungsschematischen Komponenten vorgreifen, die nach Auffassung der Ärztin noch nicht zu bearbeiten sind. Zurückgewiesen werden die Relevanz von Erklärungsversuchen (197–200) und die Darstellung von Therapieversuchen (247–252). Weiterhin markiert die Ärztin deutlich die Irrelevanz von untauglichen Erklärungskonzepten („rheuma“, 321–327) und von Äußerungen über Erkrankungen, die nach Ansicht der Ärztin mit den Schmerzen nicht in ursächlichem Zusammenhang stehen können („osteoporose“).

## 1.2 Das kommunikativ realisierte Schmerzkonzept der Ärztin

Die Ärztin nimmt eine variablenanalytische Isolation des Schmerzes als Empfindungsphänomen in Bezug auf seine konstitutiven Eigenschaften vor. Sie trennt den Schmerz von seinen alltagsweltlichen Erfahrungs- und Relevanzzusammenhängen ab. Dabei versucht sie zunächst den phänomenologischen Befund zu klären, bevor sie in einem zweiten Schritt nach Ursachen fragt und im dritten Schritt Therapieindikationen erwägt. Dieses dreischrittige Vorgehen, bei dem jeder Schritt vom anderen klar getrennt durchgeführt wird, kennzeichnet nicht nur die ärztliche Informationsverarbeitung, sondern auch den Informationsgewinn, d. h. die Interviewführung. Die professionelle Konzeptualisierung des Gegenstandsbereiches des Gesprächs, i. e. des Schmerzes, und seiner sachlichen Aufbauverhältnisse bildet also die Grundlage für die handlungsschematische sequentielle Ordnung der Exploration: Sie folgt genau dem Dreischritt Befunderhebung, Ursachenerklärung und Therapieindikation. Das ärztliche Schmerzkonzept ist also nicht kontextfrei identisch, sondern je nach handlungsschematischer Phase sind andere Schmerz Aspekte als Gegenstand kommunikativer Behandlung relevant. Wie wir später sehen werden, deckt sich

diese gesprächsphasenspezifische Semantik von Schmerz nicht mit derjenigen der Patientin. Vor allem Refokussierungen und Irrelevanzmarkierungen reflektieren die ärztliche Orientierung an dieser handlungsschematischen Struktur bzw. ganz allgemein das ärztliche Verständnis der Aufgabenstruktur des Gesprächs. Mit diesen Verfahren werden Abweichungen von der von der Ärztin vorgesehenen handlungsschematischen Ordnung indiziert und repariert. In die Komponente der Ursachenerklärung lagert die Ärztin dabei den Test, inwieweit die Patientin einer psychosomatischen Beschwerdeinterpretation zugänglich ist, ein.

### *1.3 Ethnographisch-professioneller Hintergrund des Schmerzkonzeptes*

Die Fragen der Ärztin richten sich auf solche Schmerz Aspekte, die in der psychosomatischen, psychodynamischen und verhaltensmedizinischen Literatur zur schmerztherapeutischen Diagnostik angegeben werden (z. B. Kisker et al. 1991, S. 245; Flor u. Hermann 1999; Kröner-Herwig 1999). Dies betrifft vor allem Schmerzlokalisierung, -intensität, -qualität, und -auftreten. Allerdings fällt auf, dass die Ärztin die in der Literatur zusätzlich vorgesehenen Diagnoseaspekte der Ursachenattribution seitens der Patientin, der Auftretenshäufigkeiten und -bedingungen, der Schilderung der schmerzbedingten Beeinträchtigungen, der Einstellung zum Schmerz, der Affektlage und der Bewältigungsstrategien nicht thematisiert. Dies ist bemerkenswert, da die Patientin selbst diese Aspekte, vor allem die Ursachenattribution und die Beeinträchtigungen, des öfteren von sich aus anspricht (s. u.). Die Ärztin verfolgt diese Aspekte jedoch nicht weiter.

## **2. Das Schmerzkonzept der Patientin**

Betrachten wir ein weiteres Segment, um Ansätze zu einer Rekonstruktion der Schmerzkonzeption der Patientin zu bekommen. Bezogen auf die Rückenschmerzen der Patientin fragt die Ärztin „*WIE: tut das da* „wEh““

Segment 102–120: Die Patientin antwortet „*Ähmend*“, was die Ärztin mit erhöhter Lautstärke, hohem Intonationsansatz und durch Dehnung stark markierten „*L: Ä:HMEND*“, rephrasiert (104 f.). Mit diesem fremdinitiierten Next-Turn-Repair-Initiator (NTRI, Schegloff 1992) hebt sie die besondere Relevanz der Schmerzqualifikation hervor und fordert zugleich zur weiteren Explikation der Schmerzqualität auf. Die Patientin kommt dem nun aber nicht nach, sondern schildert eine Bewältigungshandlung, nämlich, dass sie ein Stufenbett kaufte, offenbar, um extreme Bewegungen, die diese Schmerzen ver-



stärken, zu vermeiden. Die Ärztin übergeht dies, refokussiert stattdessen die zuvor thematisierte Schmerzqualität („*aber .. lä::hmend*“; 110) und fordert nachdrücklich zur weiteren Explikation auf: „*ich versuch mir das VORzustellen, LÄ:Hmender schMERz*“, (111 f.). Die Patientin schildert darauf ihre Handlungsbeeinträchtigung durch den Schmerz und ihre Bewältigungsversuche: Sie muss sich auf der Stelle hinlegen und ein Zäpfchen nehmen.

Während die Ärztin also die Handlungsorientierung verfolgt, zu einer präzisen Klärung der Schmerzempfindung der Patientin zu kommen, geht diese nicht auf Empfindungsqualitäten ein, sondern schildert die alltäglichen Beeinträchtigungen, die der Schmerz mit sich bringt, und ihre praktischen Bewältigungsversuche, sie zu mindern.

## 2.1 Das kommunikativ realisierte Schmerzkonzept der Patientin

Die Patientin schildert ihren Schmerz in Kategorien, welche deutlich jenseits des Fokus der ärztlichen Fragen liegen. Dagegen bearbeitet sie die von der Ärztin vorgegebenen Kategorien nur sehr rudimentär. Offenbar bereitet es ihr teilweise sehr große Schwierigkeiten die ärztlichen Kategorien zu füllen. Die von der Patientin zur Schmerzschilderung eingesetzten Kategorien sind:

- *Medizinische Diagnosen und Schmerzenerklärungen* bilden einen regelmäßigen Bestandteil aller Schmerzdarstellungen der Patientin. Verbunden mit der Schilderung der bzw. einer Spekulation über die *Schmerzursache* ist die Nennung der *Schmerzlokalisation*. Die Patientin erwägt ausschließlich somatische Schmerzursachen, die sie jedoch häufig mit ausgeprägten Unsicherheitsmarkierungen versieht (z. B. 195 f., 263, 279–281). Dabei führt sie häufig Ärzte als Autoritäten und Gewährspersonen an (vgl. die eingangs diskutierte Sequenz).
- *Schmerzqualitäten*: Die Schmerzempfindungen werden oft nur sehr allgemein evaluativ („*schlimm*“, „*Schmerzen*“, „*der Schmerz ist anders*“ (286)) oder pronominal (267: „*Das is vor Jahren aufgetreten*“, 276: „*das ist nich weggegangen*“) geschildert. Spezifischere Qualifikationen finden sich selten, obwohl die Ärztin diese immer wieder zu elizitieren versucht. Genannt werden: sticht, klopft (64), lähmend (auf Nachfrage 104), reißt (123), „*WIE verKRAMPFT*“ (333), „*wie wenn er entzündet is*“ (367).
- *Beobachtbare Körpersymptome*, die den Schmerz über andere Sinnesmodalitäten zu erfassen und teilweise zu objektivieren vermögen, werden von der Patientin als Begleitphänomene geschildert. Oftmals werden sie als Äquivalent für eine Schmerzqualitätsbeschreibung vorgebracht: Hitze (146, 309), dicke Gelenke (152, 169 ff.), wird rot (172), Muskelverkrampfungen „*klumpen, (...) KNOten*“ (332 f.), „*manchmal platzen mir so schön die Adern hier*“.
- *Befindlichkeitskonsequenzen*: Der Schmerz wird geschildert anhand seiner Auswirkungen auf die subjektive Befindlichkeit: „*nicht mehr aushalten*“.

konnte“ (79); „da wa:r keine ruhe mehr zu finden“ (82), „ich gehe keinen schritt ohne schmerz“ (395 f.).

- **Handlungskonsequenzen:** Der Schmerz wird in seiner Qualität spezifiziert durch seine Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit der Patientin. Diese können in der Einschränkung bzw. Verunmöglichung von Handlungen oder aber im Erzwingen eines bestimmten nicht-intentionalen Verhaltens bestehen. Sie nennt: „kann nicht mehr gehen, muss mich auf der Stelle hinlegen, wie so=n wurm mich wenzle“ (114–116, 220–222), „kann ringe nicht mehr anziehen, verliere die Kraft“ (153 f.), „dann muss ich auf allen viern kriechn“ (224 f.) und beschreibt später ein Migräneszenario.
- **Bewältigungsstrategien:** Die Patientin schildert zahlreiche praktische Versuche die Schmerzen präventiv oder im Falle ihres Auftretens zu lindern. Diese Versuche bestehen in (quasi-)therapeutischen Handlungen wie „zäpfchen nehmen“, „ich kühle sehr oft“, „leg mir da ne wärmflasche an“, „dann muss ich mich hinlegen“, „nehm dann tapagot“ (etc.).

Die Patientin hat im Unterschied zum variablenanalytisch isolierenden Schmerzkonzept der Ärztin ein pragmatisch kontextuelles. Der Schmerz zeigt sich hier in erster Linie in seinen Konsequenzen für Handlungsvollzüge und Erleben, d. h. vor allem in seiner Qualität als Beeinträchtigung von Handlungen, Zielen und Lebensqualität. Der Schmerz wird über Ursachen, situative Kontingenzen und Folgen beschrieben. Besonders häufig sind Wenn-Dann-Szenarien: Die Patientin berichtet wiederkehrend in Form von typologisch abstrahierten und kondensierten Schmerzsznarien, die durch einen regelmäßigen Ablauf (und oftmals entsprechende Handlungskonsequenzen und Bewältigungsstrategien) geprägt sind. Der Schmerz wird also hauptsächlich in Form von Skripts, die routinehalber ablaufen und in deren Zusammenhang somatische, experientielle und praktische Belange miteinander verknüpft sind, dargestellt. Dabei imponiert der Schmerz als Zwang, der Macht über den Körper gewinnt und die Handlungsfähigkeit der Patientin außer Kraft setzt.

Einen breiten Raum nimmt auch die Darstellung von Bewältigungsversuchen ein, sei es in Form medizinisch indizierter Therapeutika oder als alltagsweltliche, v. a. handlungspraktische Prozeduren. Dagegen fällt es der Patientin sehr schwer den Schmerz isoliert, als solchen zu beschreiben – er ist vielfach eine unanalyisierte, vielleicht nicht weiter hintergehbare Empfindungsqualität.

Tabelle 1 gibt einen kontrastiven Überblick über die unterschiedlichen Slots, die das Schmerzkonzept von Ärztin und Patientin ausmachen. Interessant ist dabei, daß die Ärztin den Schmerz als innerliches, rein subjektives Erleben versteht. Die Patientin thematisiert dagegen Schmerz in weit höherem Maße als praktisch relevantes Phänomen, welches sich in öffentlichen, beobachtbaren Konsequenzen niederschlägt und somit auch intersubjektiv – wenigstens potentiell – objektivierbar ist. Für die Patientin ist die Subjektivität nur eine, weiteils untergeordnete Dimension des Schmerzes. Zu fragen ist also, inwieweit



sich auf phänomenologisch-kommunikationsanalytischer Basis die Behauptung, *Schmerz* referiere auf private Zustände, uneingeschränkt halten läßt.

Tab. 1: Dimensionen der Schmerzbeschreibung von Ärztin und Patientin im Vergleich

Beschreibungsdimension	Ärztin	Patientin
Schmerzlokalisierung	ja	ja, unpräzise
Rangreihe der Schmerzen	ja	nein
Schmerzqualitäten	ja	selten, unpräzise
Schmerzintensitäten	ja	ja (keine Hierarchie)
Schmerzsituation	selten	ja (Szenarien)
Familiäre Schmerzbelastung	selten	selten
Schmerzhäufigkeit	selten	selten
Schmerzklärungen	nein (erst nach Befund?)	ja
Körpersymptome	nein	ja
Befindlichkeitskonsequenzen	nein	ja
Handlungskonsequenzen	nein	ja
Bewältigungsstrategien	nein	ja

Ungeachtet der sicher aufschlussreichen und auch kommunikativ sehr relevanten Resultate der bisherigen Analyse sind allerdings einige Caveats zu beachten:

- Die bislang vorgenommene Rekonstruktion der Schmerzkongrepte ist rein semantisch orientiert und besteht in einem Überblick über die über das gesamte Gespräch hinweg realisierten Slots der Schmerzkongrepte. Die durch diese Darstellungsweise naheliegende Suggestion, daß Schmerzkongrepte unveränderliche und über die gesamte Interaktion in gleicher Weise relevante Größen seien, ist jedoch verkehrt. Dies zeigen schon die obigen Bemerkungen zur handlungsschematischen Abhängigkeit des ärztlichen Schmerzkongreptes. Die synoptische Slot-Darstellungsweise hat den Zweck die kontrastierenden Konzeptionen im Überblick herauszuarbeiten. Damit ist jedoch noch keineswegs gesagt, ob, wann und wie sich diese Divergenzen kommunikativ niederschlagen. Dies wird in den folgenden Abschnitten behandelt.
- Für den Verständigungsprozeß entscheidend ist, ob Ärztin und Patientin in einem gegebenen Dialogmoment die gleichen Slots des Schmerzkongrepts als relevant veranschlagen. Daher kann es durchaus geschehen, daß Ärztin und Patientin zwar irgendwo im Gespräch die gleiche Kategorie benutzen, dass sie dies jedoch lokal bzw. bezüglich einer bestimmten Schmerzdarstellung (v. a. auch bzgl. einer bestimmten Lokalisation) nicht tun. Umgekehrt kann es sehr wohl sein, daß die Ärztin nach Schmerzaspekten fragt, an deren Stelle die Patientin in ihrer Antwort den Schmerz durch andere Aspekte charakterisiert. Dies muss jedoch für die Ärztin nicht in jedem Falle problematisch sein, da auch dies diagnostisch wertvolle Informationen beinhalten kann.

- Die semantische Rekonstruktion zielt ab auf eine Ontologie des Schmerzes aus Sicht der Interaktanten. Sie richtet sich auf die Slots, d. h. die strukturellen inhaltlichen Basisdimensionen der Schmerzbeschreibung als solcher. Die Filler hingegen, d. h. die inhaltlichen Spezifikationen eines spezifischen Schmerzes werden hier nur als Illustrationen für die Slots betrachtet. Ihre Analyse, die sich z. B. auf die besondere Metaphorik, die Agentivitätskonzeptionen oder die Systematik der Zusammenhangsannahmen der Patientin zu beziehen hätte, wäre ein (gerade auch klinisch) lohnenswerter Gegenstand einer eigenständigen Untersuchung. Im vorliegenden Text wird dies nur betrachtet, insoweit es für die ontologisch-strukturelle und die gesprächsprozessuale Rekonstruktion der Schmerzkonzepte von Belang ist.

## 2.2 Formulierungsdynamik der Schmerzdarstellung

Die Rekonstruktion des Schmerzkonzepts der Patientin vermittelt den Eindruck einer klaren inhaltlichen Strukturierung. Diese ist jedoch erst als Resultat einer analytischen Restrukturierung erkennbar. In ihrer formulierungsdynamischen Ordnung wirken die Äußerungen der Patientin zunächst außerordentlich konfus und – was die Selektion von Darstellungsaspekten angeht – phasenweise sehr beliebig. Die Formulierungsdynamik der Äußerungen der Patientin zeichnet sich aus durch:

- *Dauernde (referentielle) Fokuswechsel und Wechsel der Zeitbezüge:* Erklärungen, Erläuterungen, Vorgeschichten oder Arzt Diagnosen werden eingeschoben (s. die eingangs analysierte Sequenz) und zwischen Darstellungsgesichtspunkten wird permanent gewechselt (Schmerzlokalisationen, Schmerzqualitäten, Symptome, Handlungskonsequenzen, Erklärungen/Diagnosen, Szenarien/Erzählfragmente, z. B. in 143–186; 223–246).
- *Akkumulative Darstellungsweise:* Die Darstellungen der Patientin sind nicht übergreifend gerahmt und organisiert. Die Darstellungen wirken insofern beliebig, als Art und Menge der Darstellungsgesichtspunkte willkürlich expandierbar oder reduzierbar zu sein scheinen. Es findet keine Gestalteröffnung und -schließung statt (vgl. Kallmeyer u. Schütze 1977), und die Darstellungslogik indiziert intrinsisch keine Selektivität dessen, was dazu gehört und was nicht. Neue Aspekte werden regelmäßig mit „und dann“, „ach ja und dann“, „datt kommt au noch“, „zudem“ angeschlossen – bereits die verwendeten Konjunktionen zeigen, daß es sich um eine emergent-additive Formulierungsdynamik handelt. Konstitutiv für alle Schmerzdarstellungen ist lediglich die (oft nur sehr ungefähre) Nennung von Lokalisationen und der Versuch einer medizinischen Erklärung. Mit diesen beiden Komponenten beginnen die Darstellungen stets. Die akkumulative Darstellungsdynamik scheint durch die ungeheure Menge und den (assoziativ-genetischen) Zusammenhang der Schmerzen untereinander, die symptombezogene Abfragestrategie der Ärztin und die verkomplizierenden Erklärungs-/Diagnosever-

suche (s. u.) der Patientin sachlich und interaktiv mitbedingt zu sein. Darüber hinaus ist zu konstatieren, daß die Patientin weder in ihren Einzelbeiträgen noch im Gesamt des Interviews einen Gesamtzusammenhang oder eine umfassende Erklärung konstruiert. Es gelingt ihr letzten Endes keine Ordnung der Vielzahl ihrer Schmerzen: weder eine geschichtliche, noch eine ursächliche, kategoriale, prioritätenbezogen-relevanzordnende oder bewältigungsrelative.

- *Argumentative Relationierungen:* Die Patientin versucht für jeden von ihr geschilderten Schmerz dessen Entstehungsursache darzustellen. In einigen Fällen begründet sie außerdem die besondere Relevanz des Schmerzes aufgrund seiner Beeinträchtigungsqualitäten und ihrer besonderen Lebensumstände. Durch den Verweis auf ärztliche Autoritäten, familiäre Belastung, ihre Krankheits- und Behandlungsgeschichte oder durch auf Alltagswissen beruhende Raisonsnements versucht sie die Schmerzen zu erklären. Dies scheitert aber oft daran, daß keine eindeutige Erklärung gefunden wird, Wissensdefizite bestehen, verschiedene rivalisierende Erklärungsansätze bereit stehen bzw. der Schmerz mit verschiedenen Unfällen, Gebrechen etc. in Zusammenhang gebracht werden kann, was dann zu einer Sequenz von abgebrochenen Darstellungsfäden führt (z. B. 122–133: sowohl thematische als auch grammatische Abbrüche). In nahezu keinem Falle gelingt es der Patientin, für sich eine Erklärung als eindeutig gültig anzuerkennen. Die Erklärungssuche trägt somit wesentlich zu den dauernden Fokuswechseln und der inkohärenten Darstellungsweise bei.
- *Typisierte Skriptdarstellung:* Ausgebaute Schmerzdarstellungen, die über eine bloße Nennung einer Lokalisation hinaus gehen, bestehen in der Schilderung typisierter Wenn-Dann-Szenarien der situativen Entstehung von Schmerzen und/oder für Rezepte des Reagierens auf Schmerzen. In einigen wenigen Fällen handelt es sich auch um Erzählfragmente, die singuläre Ereignisse schildern. Darstellungskonstitutiv sind dabei stets die Schmerzursachen und die Handlungskonsequenzen, die Empfindungsqualitäten werden eher nachgeschoben oder gar nicht bzw. nur auf explizite Nachfrage hin dargestellt.
- *Beziehungsbiographische Erzählung:* Die Besonderheit der Darstellungsdynamik der Schmerzschilderungen der Patientin wird deutlicher, wenn man sie mit ihren beziehungsbiographischen Erzählungen zum Ende des Interviews hin vergleicht. Hier nimmt die Patientin dankbar die Möglichkeit an, über ihre Beziehungsbiographie zu sprechen. Durch den Kontrast wird nochmals deutlich, wie unorganisiert, fragmentiert und nicht nach geschichtlich-konkretisierenden Darstellungsprinzipien aufgebaut die Schmerzschilderungen der Patientin waren. Andererseits zeigt sich hier, daß ein generelles Erzählkompetenzdefizit der Patientin auszuschließen ist. Die biographische Erzählung geht aus von psychosomatischen Erklärungshypothesen der Ärztin, die zwar als Erzählstimulus und psychische Entlastung angenommen werden. Jedoch gibt die Patientin nicht zu erkennen, ob sie auch die psychosomatische Schmerzerklärung akzeptiert. Innerhalb der biographischen Er-

zählung bringt sie jedenfalls an keiner Stelle die körperlichen Schmerzen mit biographischen Ereignissen in Zusammenhang.

### 2.3 Selbstdarstellung als Schmerzpatientin

Bevor die Patientin der ersten Aufforderung der Ärztin ihre Schmerzen darzustellen nachkommt, baut sie dem Verdacht des Aggravierens vor: „*mag ich da gAr nicht gerne drüber Redn, ne*“ (8–9) und: „*dann muss ich schon et dick stEhn haben, .. wenn ich zum Arzt oder so geh' wenn gAr nichts anderes mehr ging ne*“ (14–15). Durchweg wählt die Patientin einen betont sachlich-informativen Darstellungsgestus. Die Schmerzen werden als Gegenstand objektiver Erklärung eingeführt und leidenschaftslos bzgl. ihrer Genese diskutiert. Der sachliche Darstellungsgestus wird auch explizit von der Patientin durch Faktizitätsmodalisierungen beansprucht: „*ich sag ihnen mal in kurzen worten*“ (328), „*so sieht=s aus*“ (120). Die Darstellung ist symptom-, ursachen- und handlungskontextorientiert.

Die Subjektivität des Schmerzes steht dagegen im Hintergrund: Die Patientin schildert keine stimmungsbezogenen Auswirkungen der Schmerzen, sie evaluiert außerordentlich selten ihre Schmerzen (keine Relevanzmarkierungen, nur selten Extremmarkierungen, keine Dramatisierung, keine Solidarisierungssuche, bzw. Solidarisierung wird sogar hinsichtlich des Aus-dem-Haus-Gehens der Kinder abgelehnt). Damit korrespondieren die oben ausgeführten Schwierigkeiten der Patientin, die Schmerzlokalisationen und Schmerzqualitäten präzise zu beschreiben. Vor dem Hintergrund des generell ihre Subjektivität zurücknehmenden Darstellungsgestus ist anzunehmen, daß die Patientin wahrscheinlich nie gelernt hat ihre Schmerzen lokalisatorisch wie qualitativ differenziert wahrzunehmen.

In Bezug auf Wertung und Emotionalität des Schmerzes bleibt die Patientin fast völlig abstinert, lediglich an einer Stelle demonstriert sie resignative Akzeptanz: „*hAb mich: in den jahren dran gewÖhnt, was solls, .. ich muss damit LEben,*“ (229 f.). Ansonsten klagt sie nicht, sie nimmt keine Beschuldigungen (z. B. gegenüber Ärzten) vor – eine von der interviewenden Ärztin selbst kritisierte defätistische Ärztereaktion bagatellisiert sie sofort als geschmacklos, aber harmlosen Witz.

Die Patientin stellt sich dar als verantwortungsvolle, arbeitsame Frau, die sich für ihre Kinder engagiert und von ihrem Mann verlassen wurde, die trotz zahlreicher widriger Umstände und Behinderungen ihre Aufgaben erfüllt. Dabei betont sie, keine Forderungen an andere zu stellen und fordert von sich Bescheidenheit: „*man kann ja nitt egoistisch sein*“. Entsprechend formuliert sie auch ihre globale Zielsetzung für die Schmerzbehandlung: „*ich bin GAR nicht anspruchsvoll, aber EINS möcht=ich, .. ein BIsschen weniger ohne schmerzen leben, .. und äh vielleicht mal n=bisschen mehr froh/ meine tochter sacht dass*

*de ma n bisschen freude hast*“. Dies ist im übrigen die einzige Stelle, an der eine der Gesprächsbeteiligten auf die möglichen bzw. gewünschten Effekte der Behandlung zu sprechen kommt. In den späteren Passagen autobiographischer Selbstdarstellung konstatiert die Patientin selbst Bescheidenheit, Altruismus und Anspruchslosigkeit als generelle Handlungsorientierungen, die sie (etwa im Vergleich zu ihrer Tochter) retrospektiv als kritikwürdig und schädlich (da übertrieben) einschätzt: „*ich SELber hab mir GAR nix geholt*“, „*ich hab das immer unterdrückt und hab gedacht och . ja ich WOLLTE das nicht wahr haben*“.

Auch in Bezug auf die Selbstdarstellung der Patientin ist der Kontrast zwischen der Darstellung der Schmerzen und anderer Sachverhalte aufschlussreich. Die Patientin schildert nicht-schmerzbezogene Krankheiten mit mehr emotionaler Beteiligung und subjektiver Relevanzmarkierung als belastend und peinlich (z. B. eine Blasenoperation, Kraftlosigkeit).

Die Patientin erzählt von sich aus – ohne ausdrückliche Aufforderung – in narrativ-chronologischer Ordnung ihre Kindheitsbiographie und auch andere beziehungsbiographische Episoden (z. B. über die Versorgung ihrer Kinder). Sie erzählt aber keine Schmerzbiographie. Abgesehen von der fehlenden Elizitierung durch die Ärztin liegt aufgrund des Kontrasts mit den anderen biographischen Erzählungen die Hypothese nahe, dass Schmerzen für die Patientin kein biographisch-erzählerisch strukturierbarer Darstellungsgegenstand sind. Auch der Kontrast des emotionalen Ausdrucks und der Leidensdarstellung in Bezug auf ihre Beziehungsbiographie ist gegenüber den in diesen Hinsichten nahezu völlig abstinenter Schmerzschilderungen eklatant. Vor allem was ihre Mutter angeht, klagt die Patientin heftig. Sie ist vorwurfsvoll und nimmt drastische Urteile vor („*SEHR enttäuscht von meiner mutter*“, „*ich hab schon in der kindheit sehr gelitten*“, „*ich hab auch einige NARben von meiner mutter am leibe*“).

Die Patientin zeigt durch den durchgängigen Versuch der Schmerzerklärung und durch das häufige Verweisen auf ärztliche Diagnosen, daß sie selbst einen gewissen Expertenstatus für ihre Erkrankung beansprucht. Obwohl sie sich grundsätzlich als ärztefreundlich darstellt und auch bei der Befunderhebung kooperiert, widerspricht sie der Ärztin in späteren Passagen des Gesprächs deutlich, wenn diese eigene Einschätzungen über die Schmerzen und die Biographie der Patientin äußert. Hier scheint sich eine gewisse Rivalität mit der Ärztin über die Deutungsmacht bzw. die Expertise abzuzeichnen.

### 3. Manifestation der divergenten Orientierung

Anhand der Rekonstruktion der Schmerzkonzeption der Patientin können wir nun sehen, dass auch die Ärztin einiges nicht macht: Sie fragt nicht nach den alltagspraktischen Relevanzen des Schmerzes, wann und in welcher Weise er sich als störend für die Patientin auswirkt, inwiefern sie gelernt hat, mit dem Schmerz zu leben und Bewältigungsstrategien zu finden bzw. wo sie keine gefunden hat, wo ihre eigenen Prioritäten und Erwartungen hinsichtlich der Schmerztherapie liegen.

Der Vergleich der Schmerzkonzeptionen von Ärztin und Patientin und die Analyse der Vorgaben und Reaktionen der Ärztin zeigt, dass es sich hier nicht um ein Anamnesegespräch im eigentlichen Sinne handelt, sondern um eine kategoriengeleitete Exploration. Die Ärztin versucht, von der Patientin Antworten zu erhalten, die in Bezug auf ein vorgegebenes Diagnoseschema zu verwerten sind, welches Schmerz als isolierte, präzise beschreibbare körperliche Empfindung konzeptualisiert. Insbesondere sind die ärztlichen Fragen im vorliegenden Falle weder biographisch-narrativ angelegt noch richten sie sich auf die geschichtliche Anamnese der Schmerzentwicklung. Die subjektive Bedeutung des Schmerzes wird weder erfragt noch in Reaktionen fokussiert. Eine eigenständige Familien- und Beziehungsanamnese findet nicht statt. Eine Schmerzanamnese müsste dagegen den idiographischen Versuch der Rekonstruktion der subjektiven Relevanzen und der Strukturierung der Schmerzerfahrung durch die Patientin selbst zum Ziel haben (vgl. Berwald 1999). Erst als die Ärztin eine biographisch gegründete psychosomatische Erklärungshypothese für die Schmerzen der Patientin anbietet (und damit den Abschluss der Anamnese anzeigt), setzt die Patientin von sich aus zu einer autobiographischen Darstellung an:

Ärztin: „ich mein was man hier O:bn abführt, . DAS konnten sie ja NICH ,immer alles abführen, wenn sie da SO von ihm Mann schmählich verlassen werden´ da ka=man ja/ nun SITZT ,man ja auf seinen: . KINdern´ und auf seinen:“

Patientin: „ja sicher, äh: abe:r . da sind noch TIEfere probleme, . <leiser, weicherer Ton> ich hab . äh schon in der KINDheit sehr geLitten ((erzählt über Verhältnis zu ihrer Mutter))“

Ärztin und Patientin haben also offensichtlich völlig verschiedene Schmerzkonzepte und damit verbunden eine unterschiedliche Auffassung über die Aufgabenstruktur und den Ablauf des Anamnesegesprächs. Dies wird sowohl durch die inhaltlich-semantische Analyse der Schmerzkonzepte erkennbar als auch an bestimmten sequentiellen Phänomenen der Fokus- und Kohärenzentwicklung. Eine Sequenz, in der sich die Divergenz der Konzeptualisierungen des Schmerzes in Fokuskonflikten und Kohärenzbrüchen niederschlägt,



ist das Segment 191–199. Die Ärztin stellt eine Klärungsfrage (191–194), mit der sie die Differenz zwischen den Schmerzqualitäten an zwei verschiedenen Lokalisationen zu klären versucht. Die Patientin antwortet zunächst „*ich weiß es nicht*“ und setzt dann zu einer unverständlichen Erklärung für die Schmerzen an: „*ich meine es kam von (...)*“ (195 f.). Die Ärztin weist diesen Erklärungsversuch als irrelevant zurück und refokussiert die Frage der Schmerzqualität: „*von was der KOMMT das is ja ne ganz ZWElte, frage . sondern wie sie ihn SPÜren, 'DARum geht's erst mal*“ (197–199).

Die Divergenz des Schmerzkzeptes der Patientin gegenüber dem der Ärztin zeigt sich in den Relationen von Frage → Antwort:

- Antworten liegen nicht im Fragefokus (z. B. 195),
- Formulierungsdynamik der Antwort geht sehr schnell weg vom Fragefokus (z. B. 28 ff.),
- Verzögerungsphänomene bei der Turn-Übernahme (294),
- Rückversicherungsfragen über die Darstellungsaufgabe („*was wolln se wissen' Alles, oder wie*“, 18–20)
- Bekundungen, die Darstellungsaufgabe nicht erfüllen zu können (z. B. 194, 279 ff.).

Umgekehrt zeigen verschiedene Phänomene der Fokus- und Kohärenzrelationen zwischen den Antworten der Patientin und den Reaktionen der Ärztin, daß deren Schmerzkonzept von dem der Patientin abweicht (Antwort → Reaktion). Besonders deutlich wird das bei Refokussierungen (z. B. 110 f, 197–199) und expliziten Deplazierungs-/Irrelevanzmarkierungen (z. B. 197–199, 248 f.). Aber auch bei Klärungsfragen (65/67) und Ergebnissicherungen (65) zeigt sich durch die bereits diskutierte spezifische Selektivität der Ergebnissicherung und die Orientierung am Diagnoseschema, dass die Ärztin aus den Beiträgen der Patientin nicht deren Schmerzkonzeption als solche zu rekonstruieren versucht, sondern sie als Material benutzt, um die für ihre eigene Konzeption relevanten Daten zu gewinnen.

#### **4. Zusammenfassung der methodischen Strategien der Rekonstruktion von kommunikativ realisierten Schmerzkonzepten**

Neben der Rekonstruktion der Struktur des untersuchten Falles zielte diese Untersuchung auch darauf ab, die Möglichkeiten einer gesprächssemantisch orientierten Untersuchung in Bezug auf das Sprechen über Kategorien des subjektiven Erlebens zu erkunden. Im Folgenden rekapituliere ich die methodischen Strategien, mit denen die kommunikativ realisierten Schmerzkonzepte

von Ärztin und Patientin und ihre dialogische Entfaltung rekonstruiert wurden. Sämtliche Analysen beruhen grundsätzlich auf der vorgängigen Inventarisierung des Interviews und auf einem sequenzanalytischen Vorgehen, das an ausgewählten Stellen feinanalytisch vertieft wurde (vgl. Deppermann 1999). Insbesondere beruht auch die Slot-Darstellung der Schmerzkonzeptionen auf einem sequentiellen Analysemodus. Die Trennung zwischen inhaltlich-semantischer und gesprächsdynamischer Betrachtung wurde hier aus Gliederungs- und Verdeutlichungszwecken vorgenommen. Die spezifischeren methodischen Strategien waren folgende:

- Kontrastive und sequentielle Analyse der Konzeptualisierung des Phänomenbereichs *Schmerzen*. Im Vordergrund stand dabei die sprachliche bzw. versprachlichtbare Ontologie des Gegenstandsbereichs: Welche Ontologie des Schmerzes wird entwickelt, durch welche Slots ist das jeweilige Schmerzkonzept definiert? In sekundärer Hinsicht wurde angesprochen, wie verschiedene Slots der Gegenstandsrepräsentation gefüllt werden. Dabei waren natürlich unterschiedliche Formen der Kategorisierung wichtig, insbesondere:
  - \* Erleidens- und Handlungsbeschreibungen mit besonderem Fokus auf die Frage nach der Agentivität und der Akteurs- vs. Erleidensperspektive,
  - \* Empfindungsadjektive und -verben sowie
  - \* Metaphern und Vergleiche.
- Bezüglich der Sachverhaltsdarstellung der Schmerzen waren aufschlussreich:
  - \* Präzisions- und Detaillierungsniveau der Darstellung
  - \* Grade der Narrativität von Darstellungen,
  - \* Formulierungsdynamik, insbesondere die Fokus- und Kohärenzentwicklung,
  - \* Wenn-Dann-Szenarien, die typische Erlebens-Handlungs-Sequenzen darstellen,
  - \* Argumentative Passagen, in denen Ursachen erklärt oder Relevanzen und Einschätzungen begründet werden,
  - \* Evidentials: Gewissheits-/Unsicherheitsmarkierungen und
  - \* Gradpartikel (v. a. Extremformulierungen).
- Analyse der sequentiellen Relationierung von Arzt- und Patientenaktivitäten bzgl.
  - \* des Fokus- und Kohärenzmanagements (= Mikroskopie): Wie geht die Patientin auf die Ärztin ein, wie reagiert die Ärztin auf die Schilderungen der Patientin?
  - \* des Handlungsschemas (= Makroskopie): Abfolge von zu bearbeitenden Aktivitätskomplexen und entsprechende jeweils relevante Semantik von *Schmerz*.
- Kontrastive Analyse der Formulierungsdynamik von schmerzbezogenen und anderen Darstellungen der Patientin

- Frage nach ethnographischen – hier: institutionell-professionellen – Hintergründen der Schmerzkonzepte und Handlungsstrategien.
- Berücksichtigung der Selbstdarstellung der Patientin.

## Literatur

- Berwald, H.G. (1999): Schmerzanamnese und biographische Anamnese bei Patienten mit Schmerz als Somatisierung. In: Basler, H.-D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.-P./Seemann, H. (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. Berlin: Springer, S. 265–300.
- Deppermann, A. (1999): Gespräche analysieren. Opladen: Leske + Budrich.
- Flor, H./Hermann, C. (1999): Schmerz. In: Flor, H. et al. (Hrsg.): Grundlagen der Verhaltensmedizin. Enzyklopädie der Psychologie, Serie 2, Band 3. Göttingen: Hogrefe, S. 249–320.
- Gülich, E./Kotschi, T. (1996): Textherstellungsverfahren in mündlicher Kommunikation. In: Motsch, W. (Hrsg.): Ebenen der Textstruktur. Tübingen: Niemeyer, S. 35–80.
- Kallmeyer, W. (1978): Fokussierungen und Fokuswechsel als Aktivitäten der Gesprächskonstitution. In: Meyer-Herrmann, R. (Hrsg.): Sprechen – Handeln – Interaktion. Tübingen: Niemeyer, S. 179–250.
- Kallmeyer, W./Schütze, F. (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In: Wegner, D. (Hrsg.): Gesprächsanalysen. Hamburg: Buske, S. 159–274.
- Kisker, K.P./Freyberger, H./Rose, H.K./Wulff, E. (1991): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Kröner-Herwig, B. (1999): Psychosoziale Diagnostik in der Schmerztherapie. In: Basler, H.-D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.-P./Seemann, H. (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. Berlin: Springer, S. 247–264.
- Schegloff, E.A. (1992): Repair after next turn. *American Journal of Sociology* 97/5, 1295–1345.
- Wittgenstein, Ludwig (1984 [orig.1950]): Philosophische Untersuchungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

## Anschrift des Verfassers:

Dr. Arnulf Deppermann, Johann Wolfgang Goethe-Universität, FB 03 Institut III,  
PF 11 19 32, D-60054 Frankfurt am Main, deppermann@soz.uni-frankfurt.de

Arnulf Deppermann, Dr., Dipl.-Psych., M.A., studierte Germanistische Sprachwissenschaft, Psychologie und Philosophie in Freiburg. Promotion 1996 (gesprächsanalytisch-rhetorisches Thema). Seit 1996 an der Universität Frankfurt am Main, gegenwärtig als Hochschulassistent. Arbeitsschwerpunkte: Semantik, Argumentation, Rhetorik, Jugend-, Konflikt- und Medienkommunikation sowie Weiterentwicklung der konversationsanalytischen Methodik und ihrer Integration mit ethnografischen Zugängen.